6

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — N° 46

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 28 novembre 1906, à 1 heure

Par Paul CARAGUEL
De l'Université de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES

POLYPES DERMOÏDES DU PHARYNX

Président : M. TERRIER, *professeur.*

Juges : MM. PINARD et SEGOND, *professeurs.*
POTOCKI, *agrégé.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26
1906

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1906 — N° 46

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 28 novembre 1906, à 1 heure

Par Paul **CARAGUEL**

De l'Université de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

POLYPES DERMOÏDES DU PHARYNX

Président : M. TERRIER, *professeur.*

Juges : MM. PINARD et SEGOND, *professeurs.*
POTOCKI, *agrégé.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Je dédie cette thèse en reconnaissance de son affection et de son dévouement.

A MON PRESIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TERRIER

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE Dr BAZY

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BEAUJON

M. LE PROFESSEUR LANDOUZY

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LAENNEC
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. LE Dr TUFFIER

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BEAUJON

M. LE Dr GOUGET

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ
MÉDECIN DES HÔPITAUX

M. LE Dr SÉBILEAU

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE

M. LE Dr BAR

MÉDECIN ACCOUCHEUR DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

INTRODUCTION

Pendant nos années d'externat à l'hôpital Lariboisière, nous avons eu l'occasion de rencontrer deux cas de polypes dermoïdes du pharynx, et nous avons entrepris d'en faire le sujet de ce travail sur les conseils de notre excellent maître le D[r] Sébileau. C'est dans son service que nous avons acquis les premiers éléments de laryngologie; par la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner, et par son enseignement clinique et thérapeutique de tous les instants, il nous a inspiré le goût de sa spécialité, et le désir d'y chercher le sujet de notre thèse inaugurale.

Qu'il nous soit permis de lui adresser ici nos remerciements les plus sincères et les plus respectueux.

HISTORIQUE

Les polypes dermoïdes du pharynx sont une variété de productions congénitales, caractérisées par leur petit volume, leur forme ovoïde, leur structure toujours identique et relativement simple et leur pronostic favorable. Ils ont été rarement rencontrés jusqu'ici, et bien des auteurs, qui en ont publié un cas personnel, n'avaient pu, avant l'apparition de l'ouvrage de Lannelongue, retrouver de cas antérieur dans la littérature médicale. C'est dire que leur nombre est extrêmement restreint, et ne s'élève pas à plus d'une quinzaine.

La première observation en date est celle de Ford, rapporté par Meckel; elle est malheureusement réduite à quelques lignes, et sans grande valeur scientifique, faute d'examen histologique de la tumeur.

En 1865 Goschler publie sur ce sujet une communication détaillée avec examen microscopique. Lambl en 1870, Arnold, puis Otto Reinhardt signalèrent de nouveaux cas de productions dermoïdes; dans l'observa-

tion de ce dernier auteur, prise chez un enfant mort-né, la tumeur s'accompagnait de malformations diverses de la face, et d'anencéphalie.

Puis viennent successivement la communication de Barton, rapportée d'une façon très complète par Abraham, en même temps qu'un cas personnel intéressant, celles de White, de Schuchardt, toutes avec examen microscopique.

En 1886 Lannelongue et Achard, dans leur Traité des kystes congénitaux, réunirent la plupart de ces observations en un seul chapitre, sous le titre de « Productions dermoïdes situées dans la cavité buccale ». Dans un second travail paru cinq ans plus tard en collaboration avec Ménard, Lannelongue ajouta encore quelques cas nouveaux, et compléta les descriptions précédentes, étudiant la symptomatologie et donnant une théorie pathogénique de ces tumeurs.

Depuis lors ont paru les observations de Richard Otto, de W. de Roaldes, et enfin celle du Dr Ripault, publiée dans la thèse de Decloux, qui, s'aidant des travaux antérieurs, a présenté une revue générale de la question.

Après une courte introduction concernant l'histologie normale de la région qui nous intéresse chez le fœtus et chez l'adulte, nous passerons en revue la symptomatologie, l'anatomie pathologique et l'étiologie, en insistant sur quelques points qui nous ont paru intéressants. Dans un autre chapitre nous réserverons quelques pages à la description et à l'évolution des arcs et des poches branchiaux, car la production des

polypes dermoïdes du pharynx est en relation directe avec ces formations embryonnaires, et leur pathogénie ne peut se comprendre facilement qu'après cette étude un peu détaillée. La marche, le diagnostic et le traitement feront l'objet de courts paragraphes, que compléteront les observations.

CONSIDÉRATIONS HISTOLOGIQUES

Nous croyons inutile de faire ici un résumé de l'anatomie normale du pharynx ; cette description ne présenterait qu'un intérêt médiocre, et il suffira, si besoin en était, de se reporter aux différents traités classiques. Par contre, nous étudierons avec quelques détails l'histologie de cette cavité, d'abord chez l'embryon, dont la muqueuse subit des transformations successives, ensuite chez l'adulte; cela nous permettra d'opposer la structure normale du revêtement interne du pharynx à celle des tumeurs dermoïdes qui y prennent naissance.

Au début de la période embryonnaire, l'extrémité supérieure du tube digestif, développée aux dépens de l'intestin céphalique, est séparée du sinus naso-buccal, dépendance de la vésicule cérébrale antérieure, par une membrane qui l'obture ; c'est la membrane pharyngienne de Remak.

Sur un embryon de deux cent seize heures, on voit cette membrane se résorber dans sa partie centrale, mettant ainsi le cul-de-sac céphalique en communication avec le sinus naso-buccal. Le pourtour de cette membrane persiste pendant un certain temps au plafond du pharynx, sous le nom de voile du palais primitif, puis il s'atrophie, et disparaît complètement.

Cette disparition précoce ne permet guère de reconnaître son emplacement chez l'adulte, c'est-à-dire d'indiquer exactement quelles sont les parties qui dérivent du cul-de-sac céphalique de l'intestin ou de la fosse naso-buccale. Toutefois on peut dire d'une façon générale que le plancher de la bouche, avec la langue, la région des amygdales et la portion buccale du pharynx se développent aux dépens du cul-de sac céphalique. En arrière la limite entre le cul-de-sac et la fosse naso-buccale paraît correspondre à la bourse pharyngienne de Luschka, où s'opère la transition épithéliale entre les portions nasale et buccale du pharynx, au niveau du bord supérieur du constricteur supérieur.

Au moment où s'opère la résorption de la membrane pharyngienne, le cul-de-sac céphalique de l'intestin et la fosse naso-buccale sont tapissés par une seule couche de cellules épithéliales, appartenant suivant les régions à l'endoderme ou à l'ectoderme. Dans la portion de la bouche formée aux dépens de la fosse naso-buccale, l'ectoderme se transforme progressivement en un épithélium pavimenteux stratifié. Quant aux parties développées aux dépens du cul-de-sac céphalique (plancher de la bouche, isthme du gosier, portion buccale du pharynx et œsophage) elles sont recouvertes, pendant toute la période fœtale, par un épithélium mixte, formé de cellules pavimenteuses et de cellules prismatiques ciliées. A la vérité les cellules ciliées sont plus abondantes dans le segment inférieur œsophagien, que dans le segment supérieur pharyngien, mais on en trouve également sur la base de la langue,

dans la région amygdalienne et même contre la face buccale du voile du palais.

Pour expliquer la présence d'un épithélium pavimenteux stratifié dans le pharynx et dans l'œsophage de l'adulte, un certain nombre d'auteurs ont admis la substitution de l'ectoderme à l'endoderme, soit au fond du cul-de-sac buccal, soit au niveau des fentes branchiales supposées perforées (Cadiat 1881). Les faits n'ont pas confirmé cette manière de voir. Voici ce que l'on a observé :

Les celllules endodermiques primitivement disposées sur un seul plan, ne tardent pas à se multiplier et à s'agencer sur plusieurs couches. Dès la fin du premier mois, l'épithélium appartient à la catégorie des épithéliums polyédriques stratifiés embryonnaires. Pendant le deuxième mois, il présente des épaississements locaux, creusés d'excavations. Au commencement du troisième mois, la plupart des cellules superficielles sont devenues prismatiques, et dès le milieu du même mois, elles se couvrent de cils vibratiles. A cette époque, le revêtement épithélial est cilié dans presque toute son étendue. Cependant de distance en distance, au milieu des cellules prismatiques, on observe des éléments pavimenteux formant de petits îlots. A partir de ce stade, les cellules pavimenteuses se multiplient plus rapidement que les cellules prismaques, et font saillie à la surface libre de la muqueuse, tandis que latéralement, elles empiètent sur les traînées ciliées. D'autre part la couche basilaire, visible dès la fin du troisième mois, donne naissance à des cel-

lules pavimenteuses, qui s'insinuent au-dessous des éléments ciliés, et finissent par les éloigner du chorion. Les derniers éléments ciliés ne disparaissent qu'après la naissance.

Au niveau des fosses nasales et du cavum, l'épithélium, dérivé de l'ectoderme, est au début un épithélium polyédrique stratifié embryonnaire, qui se transforme progressivement en épithélium prismatique, et se couvre de cils vers la fin du troisième mois.

Chez le nouveau-né de quelques semaines, nous trouverons donc une muqueuse formée d'un épithélium cylindrique vibratile dans tout le cavum ; dans le pharynx inférieur au contraire, un épithélium pavimenteux stratifié.

Chez l'adulte, la muqueuse pharyngée se compose, comme toutes les muqueuses, de deux couches : une superficielle ou épithéliale, et une profonde ou choriale. L'épithélium de la région qui avoisine les fosses nasales, est d'après Schmidt et Klein, pavimenteux stratifié. Cette forme persiste jusque sur le bord postérieur de l'amygdale pharyngienne de Luschka.

Cependant, d'après les mêmes auteurs, le bord antérieur de cette saillie jusqu'aux orifices salpingiens serait recouvert d'épithélium cilié. A partir du bord postérieur de l'amygdale pharyngienne jusqu'à la jonction du tiers supérieur avec le tiers moyen du pharynx, l'épithélium est cylindrique à cils vibratiles, et au-dessous il redevient pavimenteux stratifié. En somme, l'on peut dire que le cavum à peu près en entier est tapissé par un épithélium cilié cylindrique, tandis que la por-

tion bucco-œsophagienne est recouverte d'un épithélium pavimenteux stratifié.

Comme dépendance de l'épithélium on distingue dans la sous-muqueuse, des glandes muqueuses, qui viennent s'ouvrir à la surface du pharynx, ou dans les cryptes et les recessus que présente la muqueuse ; leur conduit excréteur est, vestige embryonnaire, recouvert d'épithélium cylindrique à cils vibratiles.

Le derme est remarquable par son épaisseur et son adhérence à la couche fibreuse sous-jacente, surtout à la partie supérieure du pharynx. Il renferme des glandes mucipares, des pelotons adipeux et des fibres musculaires striées orientées dans diverses directions ; en outre il présente des papilles, siègeant au niveau des parties recouvertes d'épithélium pavimenteux stratifié, et beaucoup plus saillantes chez l'adulte que chez l'enfant. « Ces papilles, nous dit Renaut, correspondent à de petits relèvements du derme occupés par des bouquets vasculaires ascendants très simples. »

Comme celle de la bouche et des fosses nasales, la paroi du pharynx réalise donc dans toute son étendue les caractères histologiques propres aux invaginations tégumentaires.

Si nous avons décrit en détail les caractères de la muqueuse pharyngienne, c'est pour bien faire voir qu'il est impossible d'y trouver, aussi bien chez le fœtus que chez l'adulte, des parties normalement recouvertes d'une couche analogue à la peau et ses annexes, chose que nous verrons appartenir en propre aux productions dermoïdes insérées à ce niveau.

SYMPTOMATOLOGIE

I. — **Formes.** — Les polypes dermoïdes du pharynx ont en général une forme régulièrement cylindrique ou ovoïde, parfois multilobulée, et se composent de deux parties :

1° Une partie principale ou corps, piriforme, à grosse extrémité inférieure et dirigée vers le pharynx, parfois arrondi, ou de configuration variable, par suite de l'adjonction de masses latérales (cas d'Otto Reinhardt, de Richard Otto).

2° Un pédicule, le plus souvent assez long, mais beaucoup plus mince que le corps.

II. — **Dimensions.** — Le volume de ces tumeurs est essentiellement variable, mais toujours peu considérable. Elles atteignent la grosseur du petit doigt d'un adulte en général, parfois celle du pouce et même plus. Leurs dimensions moyennes sont d'environ 4 à 5 centimètres de long sur 1 à 2 de large ; dans la première de nos observations, le polype avait le volume d'une noix ; dans la seconde il mesurait 3 cm. 1/2 à 4 centimètres, sur 1 centimètre de diamètre.

Insertion. — Le point d'insertion du pédicule est variable ; il peut siéger soit au voisinage de l'orifice de la trompe, soit au niveau de la partie postéro-supérieure du voile, soit plus bas à la face postérieure du

pilier postérieur, soit à la partie supérieure du pharynx. Dans quelques observations cette insertion n'est pas mentionnée ; parfois même elle n'a pu être reconnue, quand il s'agit de nouveaux-nés, chez chez lesquels l'examen direct est impossible, et le toucher digital très difficile.

Dans la cavité bucco-pharyngienne, le polype offre une direction très variable, par suite de sa mobilité, qui permet aux efforts de toux et aux mouvements de déglutition de le déplacer très aisément : il viendra buter contre la base de la langue, ou se loger au-dessus du vestibule du larynx, ou s'il est trop volumineux il fera saillie hors de la bouche.

Symptômes. — Au point de vue des symptômes qu'occasionnent ces tumeurs, on peut les ranger en trois catégories :

1° Symptômes fonctionnels, liés à la présence de ces polypes au niveau des voies digestives et respiratoires, et qui amènent le malade chez le médecin ;

2° Symptômes physiques, comprenant les renseignements que donnent la vue et le toucher ;

3° Symptômes généraux, presque toujours peu accusés, et n'apparaissant que par suite de l'évolution lente de la tumeur.

Ces trois variétés de symptômes coexistent rarement chez le même sujet ; le plus souvent ce sont les symptômes fonctionnels qui dominent, et commandent l'intervention du chirurgien, guidé presque exclusivement par le toucher.

1° Symptomes fonctionnels. — Ils sont dus aux trou-

bles que détermine la présence du polype au-dessus du larynx, ou de l'œsophage. Leur début est insidieux et leur apparition parfois tardive, soit que la tumeur s'insère très haut, soit qu'elle s'accroisse très lentement ; d'autres fois au contraire, ils se montrent d'une façon précoce, immédiatement ou peu après la naissance, par suite de l'insertion basse du néoplasme. En outre tous ces symptômes sont dans certains cas d'une intensité modérée ; tant que la tumeur trouve une place suffisante dans l'arrière-cavité des fosses nasales ou l'oro-pharynx, elle n'altère pas d'une façon sensible la respiration ni la déglutition, et certains malades ignorent complètement son existence pendant nombre d'années. Puis à une certaine période, sous une influence encore inconnue, le polype peut présenter une poussée d'accroissement, comme les kystes dermoïdes, de sorte qu'il devient rapidement gênant ; il abaisse alors le voile du palais, en occasionnant des troubles mécaniques intenses, analogues à ceux que produisent les polypes fibreux naso-pharyngiens.

Du côté des voies respiratoires, on a noté une sorte d'enchifrènement chronique, d'obstruction nasale ; à la longue la respiration ne peut plus s'effectuer que par la bouche, d'où le dessèchement et l'irritation persistante du pharynx. La voix est nasonnée (rhinolalie) ; il peut même se produire de la dysphonie ou de l'aphonie passagères, par extension de l'inflammation pharyngée. Les phénomènes les plus importants sont surtout la toux, survenant par quintes convulsives, et des crises violentes de suffocation avec asphyxie imminente. Ces

symptômes peuvent, en outre, s'accompagner de névralgies diverses (névralgie du nerf maxillaire supérieur), de céphalée (observation VI).

Du côté des voies digestives, la tumeur amène des envies fréquentes de vomir par spasmes du pharynx, de la dysphagie, avec sensation de corps étranger dans la gorge, de ballottement rétro-nasal accompagnée de picotements.

On n'a jamais fait mention de troubles auditifs.

2° Symptomes physiques. — A la vue, après avoir, si c'est nécessaire, déprimé la langue avec un abaisse-langue, on constatera que le polype se présente avec les caractères suivants :

C'est une tumeur d'un blanc grisâtre, parfois rosée, teintée de jaune dans une de nos observations, mais dont l'aspect tranche nettement avec la couleur rouge vif de la muqueuse bucco-pharyngée, et ne subit jamais de modifications sous l'influence des efforts ou des cris du sujet. Sa surface est lisse, régulière, couverte de petites arborisations vasculaires (dans notre second cas); le tégument qui lui sert d'enveloppe est parcouru de petites élevures, séparées par de fins sillons parallèles, dans lesquels s'insèrent des poils plus ou moins ténus.

Tous ces caractères sont parfaitement visibles, quand le polype fait saillie hors de la bouche ou descend derrière le voile. Dans quelques cas, cependant, il est si profondément situé, ou si bien caché dans une des gouttières latérales du pharynx, que la vue simple ne peut donner aucun renseignement. On doit alors s'aider, toutes les fois que l'âge du malade le permet, de la

rhinoscopie postérieure. Cet examen par le miroir, facilité, chez certains sujets intolérants, par l'application d'un releveur du voile, laissera voir la production néoplasique, et le plus souvent le lieu d'insertion de son pédicule.

Le toucher nous fournit ensuite un second mode d'exploration, très utile chez l'enfant. En introduisant avec précaution l'index dans la bouche, on arrivera à sentir, soit au fond de la gorge, soit dans une des gouttières pharyngées, une masse ferme, arrondie, rénitente, présentant parfois par place des points plus durs. On appréciera ainsi sa direction générale, son volume, sa consistance, sa mobilité, et en remontant en arrière le long de cette tumeur, on pourra peut-être déterminer son point d'implantation. Dans tous les cas, il sera facile de l'énucléer hors de sa loge, et de la faire saillir en avant, où l'œil viendra fournir de plus amples indications. Cette recherche doit toujours être conduite avec douceur, car elle peut occasionner soit un réflexe nauséux, soit une crise de suffocation, si le polype vient à obstruer le vestibule laryngien : Hartley signale un cas dans lequel il fallut ainsi pratiquer d'urgence une trachéotomie, qui permit ensuite une exploration plus complète.

3° Symptomes généraux. — Les signes généraux sont, le plus souvent, totalement absents. Cependant Goschler signale dans son observation de la diarrhée et des convulsions chez un enfant de dix jours. Peut-être faut-il mentionner, en outre, des troubles généraux de développement, dus au retentissement sur l'organisme de cette gêne de la déglutition et de la respiration.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Après la description symptomatique que nous avons faite des polypes dermoïdes du pharynx, de leur aspect, de leur forme et de leur volume, il nous reste à ajouter, au point de vue de leurs caractères objectifs, qu'ils sont toujours unilatéraux et toujours uniques.

Leur structure histologique présente les particularités suivantes :

Extérieurement, ils sont recouverts d'une enveloppe cutanée, d'épaisseur généralement normale. Celle-ci se divise, comme le tégument ordinaire, en une couche superficielle ou épidermique et une couche profonde ou choriale, séparées par une membrane basale.

L'épiderme comprend, de dehors en dedans, une couche cornée, quelquefois plus épaisse au niveau de la gaine des poils, et formant, dans certains cas, de véritables écailles épidermiques (Barton), une couche transparente, et un stratum malpighien, avec des cellules basales cylindriques, nettement colorées par les réactifs ordinaires. Dans l'observation de Barton, les cellules du

stratum lucidum et du stratum granulosum renfermaient des granulations noirâtres intra et extracellulaires, qui avaient été problablement apportées par l'air, dans sa traversée des voies respiratoires.

Le derme est formé par du tissu conjonctivo-élastique, des fibres musculaires lisses (muscles érecteurs des poils), et de la graisse, vers sa partie profonde. Sa surface est hérissée de papilles (cas de Barton, de Decloux) ; sa face profonde est creusée d'aréoles, comblées par des glandes sudoripares peu abondantes. De nombreux poiis traversent l'épiderme pour émerger à la surface de la tumeur ; ils ne sont pas pigmentés, et présentent autour de leurs follicules des glandes sébacées, au nombre de deux par follicule (Abraham). Enfin cette région est remarquable par sa vascularisation très intense.

Le derme est séparé de la portion centrale du polype par une couche plus ou moins abondante de tissu conjonctif peu dense, sillonné de grosses veines, et emprisonnant dans ses mailles de grosses vésicules graisseuses, visibles à l'œil nu. Puis peu à peu ce tissu cellulaire se tasse et se densifie, contribuant sous cet état à former la partie centrale de certains polypes ; le plus souvent, cependant, il s'y adjoint un certain nombre de faisceaux musculaires striés, qui disparaissent au niveau du pédicule.

Dans plusieurs cas, et en particulier dans nos deux observations, l'axe de la tumeur est occupé par un îlot de tissu cartilagineux ; parfois il s'y ajoute même quelques particules osseuses. Ces formations, quand elles

remontent jusque dans le pédicule, peuvent opposer un certain obstacle à l'ablation de la tumeur au moyen de l'anse galvanique ou de l'écraseur (observation de Barton).

La région de la muqueuse qui environne le point d'implantation du polype est ordinairement normale. Abraham a noté cependant dans son observation un groupe de placards et de fragments cutanés, disposés autour de la surface d'insertion du pédicule, en avant et un peu au-dessous de la trompe d'Eustache.

Il est, en outre, un fait à remarquer, c'est l'uniformité de structure de toutes ces tumeurs, dans les diverses observations que nous rapportons.

En particulier on ne constate aucune différence notable entre les tumeurs jeunes, opérées chez des enfants de quelques mois, et celles que l'on a rencontrées sur des adultes. En aucun point de ces dernières on n'a rencontré de formations particulières, comme par exemple des amas de cellules épithéliales, en voie de prolifération, pouvant faire supposer une évolution maligne de la tumeur ; peut-être faudrait-il cependant en excepter le cas de Barton, dans lequel Abraham trouva, au niveau du tégument d'enveloppe du polype, « une invasion suspecte de la peau par de petites cellules pouvant faire songer à la malignité. » Cette notion nous expliquera le caractère bénin de ces tumeurs et leur non-récidive après l'ablation.

ETIOLOGIE

I. — Age. — Les polypes dermoïdes du pharynx sont toujours d'orgine congénitale, et sont liés, comme nous le verrons, à une malformation dans le développement des arcs branchiaux.

Cependant bien qu'ils apparaissent durant le cours de la vie intra-utérine, ce n'est pas toujours dans les jours qui suivent l'accouchement qu'on s'est aperçu de leur présence. Si dans certains cas (Goschler, Lambl, Schuchardt, W. de Roaldes, Ripault) l'âge des jeunes malades variait de quelques jours à cinq et six mois, dans les observations de Barton, White, Richard Otto et nous-même, ce n'est que 3, 6, 13, 20 et 22 ans après la naissance que les malades sont allés consulter un médecin.

Ce long espace de temps, pendant lequel le néoplasme reste silencieux, s'explique par l'indolence absolue et le peu d'accroissement de la tumeur ; c'est seulement lorsque, par suite de son augmentation de volume plus ou moins rapide, elle occasionne des

troubles mécaniques, que le porteur songe à en faire pratiquer l'ablation.

II. — Sexe. — Le sexe paraît être indifférent. Certaines observations (White, Schuchardt, Richard Otto, de Roaldes, Ripault) concernent des garçons; par contre celles de Lambl, d'Arnold, de Barton, d'Abraham, et nos deux cas personnels appartiennent à des sujets du sexe féminin. Cette question n'a que peu d'intérêt; d'ailleurs on ne pourrait établir de statistique absolument exacte, certains comptes rendus ne donnant pas l'indication du sexe malade.

III. — Hérédité. — La question de l'hérédité est plus intéressante à connaître. Existe-t-il chez les sujets porteurs de ces polypes, d'autres malformations congénitales ? Leurs parents en présentaient-ils de semblables? Le relevé des observations que nous publions semble démontrer que l'influence héréditaire est nulle, et sauf le cas d'Otto Reinhardt, dont le sujet présentait en même temps que sa tumeur, une division du voile du palais avec anencéphalie, il n'est nulle autre part fait mention d'autres malformations congénitales coexistant avec le polype.

Il semble, malgré tout, que cette absence d'autres tares héréditaires n'est qu'apparente, et si nous étudions d'autres cas, où se montraient des productions analogues aux nôtres, mais en dehors du pharynx, nous voyons que les auteurs mentionnent d'autres malformations accompagnant fréquemment ces productions dermoïdes chez le même individu. C'est ainsi que Clérault, Mauché, Illera (tumeur insérée sur la voûte

palatine), Davis (tumeur du maxillaire supérieur), Arnold, Porack ont noté d'autres malformations de la face: bec de lièvre compliqué, fissure palatine, division complète du voile, adhérences de la tumeur à la langue, à la voûte ou au voile.

Ces cas sont susceptibles de recevoir la même explication pathogénique, et ne diffèrent de ceux que nous exposons que par une variété de localisation du polype.

Mentionnons, en passant, un point remarquable : l'isolement de la malformation de la face ; on ne rencontre aucune autre difformité sur le reste du corps, et le trouble de développement reste localisé à l'extrémité céphalique.

Quant à la cause réelleet déterminante de la lésion, il nous est impossible de la connaître à l'heure actuelle ; les maladies des parents, soit infectieuses (syphilis), soit toxiques (alcoolisme), les traumatismes pendant la vie intra-utérine, etc., ne sont que de pures hypothèses, que l'on peut émettre, mais non vérifier. Il s'agit probablement, ainsi que le dit Lannelongue, « d'un trouble de nutrition survenu dès la période blastodermique, ayant produit une simple végétation d'un arc branchial. »

PATHOGÉNIE

La pathogénie des tumeurs dermoïdes du pharynx a été éclairée d'une façon très complète par Decloux ; c'est en s'adressant à l'embryologie, en étudiant la formation, la disposition et la destinée des arcs branchiaux et des fentes branchiales, ainsi que leurs malformations congénitales, qu'il a pu établir comment et aux dépens de quelles fissures embryonnaires peuvent se produire ces tumeurs.

On sait que chez l'embryon, à partir de la quatrième semaine, se développent successivement, de chaque côté de la région cervicale, quatre sillons superficiels transversaux, auxquels correspondent, à la face interne du pharynx, quatre sillons profonds. Les bandes de tégument interposées entre ces fentes ne tardent pas à s'épaissir et à figurer des bourrelets saillants (arcs branchiaux).

Les sillons ou fentes branchiales sont formés de deux gouttières adossées par leur partie profonde, l'une externe tapissée par l'ectoderme (poche ectoder-

mique), et l'autre interne, revêtue par l'endoderme (poche endodermique). S'agit-il de véritables fentes, c'est-à-dire la surface tégumentaire communique-t-elle à leur niveau directement avec la cavité céphalo-entérique, ou bien, au contraire, existe-t-il entre les deux gouttières interne et externe une membrane obturante? Les opinions anciennes des premiers observateurs (Rathke, Huschke, Cadiat) laisseraient à penser qu'une communication existe directement entre la cavité pharyngée et l'extérieur. Mais les travaux plus récents de His, Rabl, Born, Piersol, Tourneux, ont prouvé qu'à l'état normal cette fente est obturée par un véritable voile, interposé entre les deux feuillets endodermique et ectodermique ; c'est aussi la théorie de Broca.

Cependant cette thèse est loin d'être acceptée par tous les auteurs ; Kastchenko, Liessner ont observé une perforation de la première et de la deuxième membrane branchiale ; Fol, de Meuron (1886) admettent que les extrémités postérieures des première et deuxième fentes sont ouvertes. De même Ruckert a noté une perforation du deuxième sillon, et enfin Zimmermann, une fente véritable au niveau du premier sillon branchial.

Quoi qu'il en soit, il est bon de faire remarquer que la membrane de séparation, ou lame obturante de His, s'amincit graduellement par résorption du mésoderme, et n'est plus représentée à un moment donné que par l'ectoderme et l'endoderme accolés. Enfin sa disparition, qui se produit chez les vertébrés supérieurs en quelques points limités des premières fentes branchia-

les, établit une communication directe entre le pharynx et l'extérieur.

Que deviennent ultérieurement les arcs branchiaux? Sans insister sur le développement particulier de chacun d'eux, nous rappellerons succintement les organes auxquels ils donnent naissance chez l'adulte.

1° Le premier concourt avec le bourgeon frontal, né de la vésicule cérébrale antérieure, à la formation de la face. De bonne henre, son extrémité se bifurque, fournissant ainsi deux tubercules secondaires : le bourgeon maxillaire supérieur et le bourgeon maxillaire inférieur. Le bourgeon maxillaire supérieur, subdivisé lui-même en bourgeon palatin et bourgeon ptérygo-palatin, donne naissance à l'os malaire, au cornet inférieur, au maxillaire supérieur, à l'os palatin et à l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde. Le bourgeon maxillaire inférieur, précédé dans sa formation par le cartilage de Meckel, fournit le maxillaire inférieur ; quant au cartilage, son segment antérieur se fusionne avec les branches de cet os, tandis que son segment postérieur se fragmente entre le marteau et l'enclume.

2° Aux dépens du deuxième arc se développent l'étrier, l'appareil suspenseur de l'os hyoïde, et par son bord interne, les piliers antérieurs du voile du palais (arc palato-glosse, Tourneux).

3° Le troisième arc forme avec le quatrième les parties molles du cou ; il fournit, en outre, les grandes cornes de l'os hyoïde, la partie de la paroi postérieure du pharynx qui se continue avec la racine de la langue,

le muscle staphylo-pharyngien et les piliers postérieurs du voile du palais.

Essayons maintenant de déterminer les divers trajets des fentes branchiales, de les projeter, pour ainsi dire, à l'intérieur de la cavité bucco-pharyngée. Leurs lignes de direction nous sont fournies par deux sortes de données: la première, d'ordre embryologique, s'appuie sur les organes adultes qui en émanent; la seconde ressort à l'étude des malformations congénitales de ces mêmes fentes.

I. — 1° La première fente branchiale disparaît dans ses deux tiers antérieurs : dans son tiers postérieur, elle fournit par sa poche ectodermique le conduit auditif externe, et par sa poche endodermique, d'une part la trompe d'Eustache et l'oreille moyenne, d'autre part la partie postérieure de ce sillon, en forme de V, qui sépare le corps de la langue de la racine de cet organe.

2° La deuxième poche se résorbe à peu près totalement, ne laissant comme vestiges que la fossette de Rosenmüller et la fossette sus-amygdalienne (His). Celle-ci est sujette chez l'adulte à de grandes variations; sa profondeur diffère suivant le degré de prolifération du tissu lymphoïde, aux dépens duquel se formera l'amygdale.

3° De la troisième naît le thymus et la glandule thymique. A ses restes appartient encore l'espace placé en avant du *plica nervi laryngii* (His). Cet auteur désigne sous ce nom, un repli que détermine le nerf laryngé supérieur, en soulevant la muqueuse pharyngo-laryngée, et qui s'étend obliquement depuis la base

du cartilage thyroïde jusqu'au sommet de la grande corne de l'os hyoïde.

4° A la quatrième poche enfin appartient le groupe thyroïdien. « De cette poche et de son annexe, le *fundus branchialis*, dérive le sinus piriforme (His). » Ce sinus, désigné encore sous le nom de recessus du larynx, est situé au-dessus et en arrière du repli laryngé supérieur.

II. — Le second élément d'appréciation s'appuie sur la connaissance des cas de fistules branchiales, constatées par divers auteurs, soit sur le vivant, soit sur le cadavre.

1° En ce qui concerne la première fente branchiale, Kostanecki et Mielecki déclarent « qu'il faut considérer le conduit auditif interne et l'oreille moyenne ainsi que la trompe d'Eustache, comme une fistule borgne interne de cette fente. »

Virchow a rapporté un cas de fistule complète chez un enfant : son orifice interne était situé un peu en avant et au-dessous de la trompe d'Eustache. S'agissait-il là d'une fistule en rapport avec la première fente ? His semble en douter, ayant cru remarquer que l'orifice de la fistule, indiqué sur la figure accompagnant le cas de Virchow, était situé trop bas. En outre, se basant sur un fait établi par Kunkel, Kostanecki et Mielecki objectent que chez l'enfant l'orifice tubaire se trouve au niveau du voile du palais, et que, dans l'observation précédente, la trompe d'Eustache manquait à sa place normale.

Nous pouvons donc admettre que l'orifice pharyn-

gien de la poche interne de la première fente branchiale est représenté par l'orifice de la trompe d'Eustache.

2° Plusieurs cas vont nous permettre de déterminer la situation de la deuxième fente branchiale, dans sa portion bucco-pharyngée ; nous ferons remarquer de suite, que, dans aucun d'eux, nous ne nous occuperons de la situation de l'orifice externe de la fistule.

Serre a vu ainsi une injection colorée, poussée de l'extérieur, sortir dans l'arrière-gorge, au-dessous de l'amygdale.

Larrey, Berckley Hill et Lesser ont noté, dans un autre cas, que l'orifice interne se trouvait à droite à côté de la langue.

Koslowsky a pu faire pénétrer une sonde jusqu'au pilier postérieur, mais n'a pu franchir l'orifice interne qu'au moyen d'une injection de lait.

Katholicki a constaté une petite fente à la partie supérieur du pilier postérieur.

Neuhofer, Schrotter, Watson, ont signalé sur le cadavre des cas de fistules branchiales, venant s'ouvrir au niveau de la fossette sus-amygdalienne.

D'après Kostanecki ce serait là que se trouverait le plus fréquemment l'orifice interne des fistules branchiales.

3° La troisième poche endodermique branchiale n'a jamais donné lieu à des fistules, vestiges de son existence antérieure.

4° Il en est de même pour la quatrième poche : aucune observation de fissure pharyngée n'a pu permettre d'en retrouver sur l'adulte le siège exact.

D'après ces données embryologiques, Lannelongue, et à la suite, Decloux, ont été amenés à conclure que c'est bien aux dépens des poches et des arcs branchiaux que se développent les polypes dermoïdes du pharynx; leur structure à peu près uniforme et exclusivement d'origine ectodermique, leur siège sur le trajet intra-pharyngien et intrabuccal des fentes embryonnaires les désignent nettement comme des branchiomes.

D'ailleurs la compréhension de l'origine de ces tumeurs est singulièrement facilitée par l'étude des dermoïdes des régions extérieures de la face, dermoïdes de l'œil et surtout appendices faciaux(fibro-chondromes branchiaux.) Sous ce nom Lannelongue, qui en fait une étude approfondie, désigne des productions congénitales, constituées par de petits appendices, siégeant sur le trajet des fentes embryonnaires, et de stucture absolument analogue à celle des tumeurs qui nous occupent. Or ces fibro-chondromes doivent être rapprochés, par leur structure et leur situation identique, d'un organe normal, développé aux dépens d'une fissure branchiale (His): le pavillon de l'oreille, et il faut bien admettre, dit Lannelongue, « que ces deux productions embryonnaires, l'une normale et l'autre anormale dérivent d'un processus embryogénique identique dans les deux cas. » L'analogie de structure et de siège entre les polypes dermoïdes du pharynx et les fibro-chondromes branchiaux est assez profonde, pour que l'on soit de même amené à conclure à leur analogie de formation.

Il faut donc séparer totalement la pathogénie de ces

tumeurs de celles des tumeurs complexes qui peuvent se montrer au même niveau : les tératomes des cavités de la face, depuis les kystes dermoïdes compliqués jusqu'aux monstruosités, où l'on reconnaît distinctement des parties fœtales, parfois un ou deux fœtus plus ou moins complètement organisés, et observées le plus souvent chez des sujets non viables. Geoffroy Saint-Hilaire avait rassemblé tous les faits de ce genre sous le titre d'épignathie, comprenant toutes les tumeurs parasitaires naissant sur les maxillaires supérieurs. Mais outre qu'un certain nombre des polypes dermoïdes pharyngiens ont une insertion parfois différente, leur structure simple, leur symptomatologie, et leur évolution bénigne ne permettent pas de les considérer comme des productions parasitaires ; on ne peut, sans accorder une part tout à fait prépondérante à la théorie, voir dans une simple plaque dermoïde du pharynx ou dans un appendice fibro-cartilagineux revêtu d'une enveloppe cutanée, un rudiment de fœtus. On doit en faire des productions accidentelles chez un embryon unique, sans toutefois établir, ce qui serait d'ailleurs impossible, une limite entre ces tumeurs proprement dites et les monstruosités doubles, pour l'explication desquelles il faut faire intervenir, soit la théorie de la diplogénèse de His et Geoffroy Saint-Hilaire, soit la théorie de l'enclavement de Verneuil.

Peut-on indiquer d'une manière plus précise quelles sont les fentes branchiales, sur le trajet desquelles se développent les polypes dermoïdes du pharynx ? D'après la direction et l'évolution de ces formations

embryonnaires, et connaissant le siège habituel des tumeurs dont nous rapportons plus loin les observations, on peut en inférer que c'est principalement aux dépens de la première fente branchiale (partie postérieure) et du premier arc branchial, accessoirement du second et du troisième, que prennent naissance ces néoplasmes.

Nous avons, au début de cet article, insisté un peu longuement sur la question de la fermeture, complète ou non, des fentes branchiales ; c'est qu'elle nous paraissait présenter un intérêt assez considérable pour l'explication pathogénique de la formation des polypes dermoïdes. La présence de ces tumeurs d'origine nettement ectodermique, pourrait, en effet, s'expliquer parfaitement, si, par suite de la solution de continuité de la fente branchiale à ce niveau, le revêtement ectodermique de l'embryon avait pu venir faire saillie à l'intérieur de la cavité buccale primitive. On peut supposer qu'il y a eu une malformation, analogue à celle que signalent Fol, de Meuron, Liessner, Ruckert, etc., et l'on peut même se demander si cette absence de coalescence des revêtements ectodermiques et endodermiques, en un point limité d'une poche branchiale, n'est pas une condition prédisposante de la formation de ces dermoïdes congénitaux.

Si l'on n'admet pas cette hypothèse, il faut alors supposer qu'au niveau d'une fente branchiale, une portion du mésoderme qui forme l'arc branchial, se développe anormalement, et, revêtue de son enveloppe cutanée, évolue vers l'intérieur de la bouche, comme le ferait

une végétation : ainsi se trouveront réalisées les conditions nécessaires pour qu'un véritable polype, continuant à progresser pendant la vie intra-utérine, soit constitué tel qu'il est décrit dans nos observations. Le revêtement ectodermique donnera naissance à la peau avec ses annexes ; le mésoderme fournira les vaisseaux, les fibres musculaires, le cartilage et même l'os constituant la portion centrale de la tumeur.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

La structure des polypes dermoïdes du pharynx explique leur évolution nettement progressive : abondamment vascularisés, ils ont une tendance naturelle à s'accroître graduellement, surtout en longueur, à descendre peu à peu dans la cavité buccale, jusqu'au jour où leur volume entraîne des troubles fonctionnels assez marqués pour nécessiter une intervention plus ou moins immédiate.

Il nous faut cependant signaler l'observation rapportée par Lambl, qui nota la chute naturelle d'un polype dermoïde chez une petite fille. Cette évolution anormale ne peut guère s'expliquer comme le pense Decloux, que par une infection avec sphacèle consécutif du pédicule. Dans tous les cas on n'a jamais constaté l'atrophie spontanée de ces tumeurs.

La précocité des symptômes, dus à la présence d'un polype dermoïde au niveau des orifices œsophagien ou laryngé, dépend d'abord de son point d'insertion, et ensuite de son volume au moment de la naissance.

Il est bien évident que plus haut sera implanté son pédicule, plus il mettra de temps à venir obstruer les voies aériennes ou digestives. De même la tumeur sera d'autant plus longue à atteindre l'orifice laryngo-œsophagien de l'adulte, que ses dimensions seront plus restreintes chez le nouveau-né. C'est ainsi que dans l'observation de Barton et dans et l'une de nos observations, ce n'est qu'à l'âge de 20 et 22 ans que les troubles mécaniques ont déterminé les malades à se faire opérer.

La marche habituellement lente de ces néoplasmes peut, dans certains cas, être modifiée sous une influence inconnue, et ils présentent parfois une poussée d'accroissement rapide, qui redouble les phénomènes d'obstruction, et peut arriver à les rendre menaçants.

Le pronostic de ces tumeurs est essentiellement bénin ; on n'a jamais relaté de cas ayant entraîné la mort. Chez l'adulte tout se borne à une symptomatologie fruste, à allures légères ; d'ailleurs la facilité de l'opération permettrait de juguler très rapidement les accidents. Chez l'enfant ou le nourrisson, leur présence, parfois méconnue, peut déterminer une série de symptômes menaçants, et ne se révéler que par un accès de suffocation subit et d'une violence telle, qu'il nécessite un trachéotomie immédiate.

DIAGNOSTIC

I. — **Diagnostic positif.** — Le diagnostic des polypes dermoïdes du pharynx doit être distingué chez l'enfant et chez l'adulte. Chez l'enfant, en effet, les conditions d'un examen complet sont impossibles à réaliser ; on doit se guider, d'une part sur les signes fonctionnels, d'autre part, sur la vue et le toucher.

La constatation chez le nouveau-né d'une tumeur lisse, occupant la bouche ou venant faire saillie à l'extérieur, recouverte d'un tégument blanchâtre semé de poils follets, dirigera de suite le diagnostic. Le toucher montrera alors qu'on a affaire à une tumeur assez ferme, parfois rénitente, mobile, se prolongeant vers le pharynx par un pédicule plus mince. Dans certains cas, la tumeur se trouve cachée dans une des gouttières pharyngées ; il faudra alors essayer avec le doigt de la contourner et de la mobiliser, pour l'attirer en avant.

Chez l'adulte, le diagnostic est beaucoup plus facile, le malade opposant peu de résistance à l'examen, et les dimensions de la cavité buccale permettant une

investigation méthodique. Aux renseignements que fourniront ici la vue et le toucher, on pourra, en effet, joindre ceux que donnera l'examen avec le miroir laryngien. Ainsi l'on déterminera dans quelques cas le point exact d'implantation du pédicule. La présence des signes fonctionnels occasionnés par la tumeur, l'absence de toute adénopathie et de douleurs spontanées, le bon état général du sujet ne permettront pas l'hésitation.

II. — Diagnostic différentiel. — Tous ces éléments d'appréciation feront éliminer les affections suivantes, bien résumées dans le travail de Montbouyran (Thèse, 1895) :

En premier ligne, les *polypes fibreux naso-pharyngiens*. Ceux-ci s'accompagnent toujours de troubles de l'olfaction ; ils saignent facilement. Leur évolution est très rapide : ils ont une tendance à s'accroître, qui les fait envahir les cavités voisines (fosses nasales, antre d'Higmore, cavum, orbite), et déterminer des déformations considérables du squelette de la face. Par l'examen direct ou la rhinoscopie postérieure on constatera que ces néoplasmes ont un aspect lisse,rouge par places, sont très vasculaires et ne présentent jamais de revètement épidermique avec poils.

Ce dernier caractère permettra d'éliminer de même les *polypes fibro-muqueux*, dont l'évolution est plus bénigne que celle des précédents.

Les productions *kystiques* siégeant à la partie postéro-supérieure du pharynx, soit au niveau de la ligne médiane, soit près de la fossette de Rosenmüller, seront

différenciées par la rhinoscopie postérieure. Par ce moyen, on verra qu'il s'agit d'une tumeur translucide, de couleur rosée ou jaunâtre, avec des arborisations vasculaires ; le toucher digital, en donnant une sensation nette de fluctuation, complétera le diagnostic.

Parmi les tumeurs solides que l'on peut rencontrer au niveau du pharynx, il faut signaler les *lipomes,* qui, au toucher, peuvent donner une sensation de mollesse spéciale, qu'il faudra distinguer avec soin de la vraie fluctuation ; des *fibromes*, souvent pédiculisés, résistants au doigt, et ne présentant jamais d'enveloppe cutanée véritable ; des *fibro-lipomes,* des *angiomes*, des *enchondromes* ou des *ostéomes*. Toutes ces tumeurs sont exceptionnelles, et, en tout cas, se différencient toujours par l'absence du même caractère.

Citons encore les tumeurs malignes, *sarcomes*, *carcinomes, épithéliomas,* qui peuvent se développer au même point. Mais l'âge avancé du sujet, les douleurs vives avec irradiation, le retentissement ganglionnaire précoce, la cachexie rapide, les hémorragies, l'envahissement des organes voisins sont ici caractéristiques : on pourrait, en outre, recourir à l'examen biopsique d'un fragment de la tumeur.

Chez l'enfant, lorsque les signes fournis par la vue feront défaut, il faudra penser aux *abcès rétro ou latéropharyngiens,* aux *abcès ossifluents* symptomatiques d'un mal de Pott cervical ; la recherche de la fluctuation avec les signes généraux permettront de les éliminer.

TRAITEMENT

Il n'y a qu'un traitement à instituer pour les polypes dermoïdes du pharynx ; c'est l'extirpation par la voie buccale. L'intervention pourra être plus ou moins hâtive ; si la tumeur est de volume minime et ne détermine par sa présence aucun trouble fonctionnel, on pourra différer l'opération, chez le nouveau-né, par exemple, mais en avertissant la famille, qu'à la moindre menace d'accident sérieux, il faudra intervenir rapidement.

Dans certains cas, les jeunes sujets présentent une asphyxie telle, que l'on pourrait redouter un dénoûment fatal ; on serait alors autorisé à pratiquer avant tout la trachéotomie (Hartley), et, ayant rempli une indication d'urgence, à remettre à une date ultérieure, mais prochaine, l'ablation de la tumeur. Le tubage, que l'on tend de plus en plus à employer dans les cas de suffocation intense, ne saurait ici être de mise, car le polype viendrait obstruer l'orifice supérieur du tube, et les accidents se reproduiraient immédiatement.

Plusieurs procédés ont été employés pour pratiquer

l'ablation de ces tumeurs dermoïdes : l'arrachement à l'aide d'une pince par traction directe ou torsion du pédicule, (pinces coudées de Morell-Mackensie) la section à l'aide de l'écraseur, de l'anse galvanique ou des ciseaux. L'écraseur a été souvent employé par crainte d'une hémorragie secondaire, mais il ne réussit pas dans tous les cas. Nous voyons, en effet, dans l'observation de Barton, que la résistance opposée par le pédicule, à cause du prolongement cartilagineux qu'il renfermait, était considérable, et qu'il fallut ter- miner l'opération à l'aide des ciseaux, par crainte de la rupture du fil métallique.

Le procédé le plus simple et le plus rapide est la section aux ciseaux courbes : c'est celui qui a été employé dans nos deux observations par notre maître, le Dr Sébileau, et c'est celui que conseille aussi Morestin. L'hémorragie consécutive est insignifiante et s'arrête spontanément en quelques instants. L'opération pourra être facilitée par la position de Rose, dans le cas où le polype aurait tendance à se loger dans le vestibule du larynx.

Les suites opératoires sont toujours bénignes ; la cure est radicale, et l'on n'a jamais signalé de récidives.

OBSERVATIONS

Observation I (Ford).

Cette observation, rapportée dans le Traité de Lannelongue, signale le cas d'un nouveau-né, dont le pharynx était occupé par une tumeur, recouverte de poils fins à la surface. Pas d'examen histologique.

Observation II (Goschler).

Enfant âgé de dix jours et présentant des convulsions accompagnées de diarrhée, de vomissements et de toux. En l'examinant, le Dr Goschler aperçut dans l'arrière-gorge une tumeur blanchâtre, de consistance ferme, et de la grosseur d'une noisette. Cette tumeur n'était visible qu'à l'aide d'un abaisse-langue, et apparaissait au moment où l'enfant présentait des envies de vomir; elle venait alors se placer à l'entrée du larynx, provoquant une asphyxie intense, qui cessait dès qu'on la repoussait avec le doigt dans le pharynx.

Le professeur Czermack examina à son tour l'enfant, le 6 janvier 1865, et constata que la tumeur s'insérait au-dessus et

en arrière du voile, pour se diriger de là en bas et en avant contre le pilier postérieur gauche ; il essaya à deux reprises de sectionner le pédicule au moyen d'une pince.

Opération le 8 janvier ; la tumeur est enlevée aux ciseaux. C'était une petite masse pédiculisée, dure, de la forme d'un haricot, longue de 6 centimètres environ, large de 3, et de 3 millimètres d'épaisseur. Elle était enveloppée d'un revêtement cutané avec des poils nombreux. L'examen histologique confirma cette structure et y montra la présence de glandes sébacées; la partie centrale était formée de tissu conjonctif dense.

Observation III (Lambl).

Il s'agit, dans cette observation, d'une enfant de 6 mois, chez laquelle on avait remarqué depuis 4 mois 1/2 la présence d'une tumeur occupant la cavité buccale. Son pédicule disparaissait derrière le voile du palais, mais l'insertion ne put être précisée. La tumeur se détacha d'elle-même, et l'on vit qu'elle était constituée par une partie externe présentant la structure de la peau, et par une partie centrale, formée de tissu cellulo-graisseux et de vaisseaux.

Observation IV (Arnold).

Cet auteur communique l'observation d'une fillette de 13 ans, qui portait dans la région postéro-supérieure du voile, à gauche de la ligne médiane, une petite tumeur, recouverte extérieurement de peau avec poils, glandes sébacées et glandes sudoripa-

res. A la coupe on trouva, au-dessous de cette couche périphérique, du tissu cellulaire lâche, contenant des vésicules de graisse, des fibres musculaires striées, et, au centre, un noyau cartilagineux, formant l'axe de la tumeur.

Observation V (Otto Reinhardt).

Cet auteur rapporte, sous le titre d'une épignathie, l'observation d'un enfant mort-né, anencéphale, et porteur des malformations suivantes :

Entre les lèvres du fœtus sortait une tumeur volumineuse, occupant la moitié droite de la cavité buccale, et remontant jusqu'au niveau du voile du palais. Cette tumeur était formée de deux masses latérales, séparées par un sillon médian, et allant se réunir en arrière à un troisième tubercule également médian.

Elle écartait de chaque côté la voûte palatine et les piliers du voile, dont la portion moyenne manquait totalement, et allait s'insérer en haut et en arrière par un pédicule rétréci, au niveau de la base du crâne. Un mince septum la réunissait en haut à la partie moyenne de la voûte palatine et en bas au plancher de la bouche.

Le segment de la tumeur qui sortait par la bouche était revêtu d'une peau brunâtre, couverte de poils fins et serrés; le tégument de sa portion intrabuccale était plus clair et ne présentait pas de poils. A la palpation, on sentait dans la tumeur des noyaux de consistance différente.

Sous le microscope, on constata, en effet, que le revêtement d'enveloppe était bien de la peau avec ses poils et ses glandes, et du tissu adipeux sous-cutané peu développé. Les noyaux les plus résistants étaient composés de tissu conjonctif et de fibres

musculaires striées, avec çà et là des particules osseuses ; les portions les plus molles, de véritables kystes, contenant une masse jaunâtre, fluide, et formée de cristaux d'acides gras.

Observation VI (Barton).

Tumeur rare du pharynx.

Cette observation est rapportée par Abraham « Il s'agit, dit-il, d'une tumeur fraîchement enlevée, apportée à l'auteur par M. Barton, chirurgien de l'hôpital Adélaïde à Dublin. De forme ovoïde, elle mesurait 32 millimètres sur 15, et 20 millimètres de hauteur. Au centre de son point d'implantation, on trouvait sur la coupe un nodule cartilagineux ; toute la surface extérieure était recouverte de poils fins. Les autres caractères macroscopiques sont décrits dans l'observation suivante que m'a remise M. Barton.

Margaret M..., âgée de 22 ans, domestique, me fut amenée par sa maîtresse, se plaignant d'une sensation de pesanteur et éprouvant des douleurs dans la tête, qu'elle rapportait à une tumeur de la gorge, qui avait beaucoup augmenté depuis quelque temps. En lui faisant ouvrir la bouche et en déprimant la langue, on trouvait une tumeur occupant la pharynx, ayant environ les dimensions de la dernière phalange du pouce d'un adulte. De couleur blanchâtre, analogue à celle de la peau, elle contrastait étrangement avec la couleur du voile du palais et des piliers. Après introduction du doigt dans la bouche, je constatai que la tumeur était pédiculée, et plus étroite qu'elle ne le paraissait. Elle me semblait s'insérer au tubercule basilaire de l'os occipital ou à la partie supérieure du pharynx. La jeune fille affirmait qu'elle avait toujours eu cette tumeur, mais qu'elle

n'en avait jamais éprouvé d'ennui,sauf dernièrement quand elle s'était mise à augmenter.

Admise à l'hôpital, on procéda le lendemain à l'ablation de la tumeur.

La bouche ayant été grande ouverte, je n'eus aucune peine à placer l'anse d'un écraseur autour de la base de la partie la plus étroite de la tumeur. Ayant alors saisi avec une pince la partie inférieure de cette masse, je serrai graduellement l'anse. Elle fut d'ailleurs enlevée avec difficulté, car au niveau du pédicule elle était si dure et si résistante, que le fil métallique ne put que la serrer vigoureusement. Enlevant l'écraseur, mais laissant le fil serré autour du pédicule j'enlevai la tumeur d'un coup de ciseaux courbes ; le lendemain j'enlevai la boucle du fil. La patiente quitta l'hôpital trois jours plus tard, tout à fait débarrassée des symptômes dont elle se plaignait ; l'ayant revue depuis, elle continue à bien se porter.

L'apparence que présentait cette tumeur était très remarquable et ne ressemblait à rien de ce que j'avais vu antérieurement. La masse occupait l'espace compris entre les piliers du gosier, et contrastait étrangement par sa couleur et par sa surface avec le voile sous lequel elle apparaissait et avec les piliers du voile. La sensation donnée par le doigt qui l'explorait était celle d'une tumeur recouverte par la peau, faisant contraste avec la muqueuse située tout autour.

Après l'opération on ne put rien voir de son aspect par la bouche, puisqu'elle avait été sectionnée au ras du voile, mais par le toucher digital on put sentir le moignon, le suivre, sans pouvoir cependant arriver à localiser exactement son point d'implantation.

Rien à signaler du côté du nez qui était absolument libre.

L'examen microscopique montra les caractères suivants :

Un nodule cartilagineux occupait la portion centrale. Entourant ce noyau se trouvait une couche de tissu conjonctif : les cellules de ce dernier se continuaient graduellement avec les cellules cartilagineuses ; de même à la périphérie les cellules conjonctives se transformaient elles aussi en tissu adipeux. Des bandes fibreuses, des amas de faisceaux musculaires striés ainsi que de nombreux vaisseaux sanguins se croisaient dans toutes les directions. La préparation ne montra la présence d'aucun élément nerveux.

Le tégument, comme on pouvait s'y attendre, par son aspect macroscopique, était formé de tissu cutané ordinaire, c'est-à-dire, épiderme, chorion, poils follets nombreux, glandes sébacées bien développées et glandes sudoriparos.

Toutes ces parties ne présentaient qu'une légère différence avec l'état normal.

Dans l'épiderme on trouve une certaine hyperplasie des cellules, la couche cornée est plus épaisse en certains points, surtout au niveau de l'orifice des poils, formant là de véritables écailles épidermiques. Cette transformation cornée et cette abondance de cellules est remarquable, en rapport selon nous avec « le manque d'attrition » par suite de leur situation. La couche de Malpighi est aussi bien formée, les cellules basales cylindriques sont allongées. Par places il semble exister une invasion suspecte de la peau par de petites cellules.

Les cellules profondes de la couche de Malpighi ne paraissent pas pigmentées, mais les cellules du stratum granulosum et celles du stratum lucidum possèdent des granulations noirâtres intra et extracellulaires, apportées probablement par l'air, au moment où il traverse les voies respiratoires.

Le chorion avec ses papilles est très vasculaire ; il est intimement traversé par les follicules pileux, qui présentent leur structure type. Les poils sont délicats, minces et non pigmentés. Les glandes sébacées, au nombre de deux environ par follicules, s'ouvrent dans ceux-ci à différentes hauteurs, tantôt près de l'orifice, tantôt plus près du bulbe.

Les glandes sudoripares ont aussi leur structure ordinaire, avec la portion glandulaire enroulée située dans le tissu sous-cutané.

Quelques parties de la tumeur montrent une infiltration considérable de petites cellules de tissu indifférent, ainsi que d'autres preuves de prolifération active ; nous avons signalé plus haut que la pénétration en certains points d'éléments épithéliaux pouvait faire songer à la malignité. »

Observation VII (Abraham).

Dans le même article, Abraham ajoute ensuite qu'examinant quelque temps après à l'aide du miroir le pharynx d'une jeune femme, il remarqua un peu au-dessous de la trompe d'Eustache trois fragments cutanés, entourés de placards cutanés d'aspect blanchâtre. L'auteur pense que le plus large de ces fragments, lequel, dit-il, avait environ les dimensions d'une pièce de trois pence, était probablement le vestige du pédicule d'une tumeur, insérée sur le bord du cartilage de la trompe. La muqueuse voisine était épaissie et surélevée, donnant au doigt la sensation d'une petite amygdale.

Observation VIII (White).

Tumeur dermoïde de la portion molle du voile du palais.

Il s'agit d'une tumeur enlevée chez un enfant de 3 ans.

Cette tumeur, qui pendait derrière la luette, avait à peu près 2 pouces de longueur, et provenait de la partie postérieure du palais mou, probablement du voisinage de la trompe d'Eustache. Elle présentait une structure analogue à celle de la peau, avec poils et glandes, et renfermait de la graisse et du cartilage.

Observation IX (Schuchardt).

Polype pileux du pharynx.

Enfant de 5 mois, né de parents sains, sans autres malformations congénitales, et présentant dans son pharynx une tumeur, qui, par suite des mouvements de déglutition, déterminait de violentes crises de suffocation. Schuchardt reconnut un polype d'aspect piriforme, mince, inséré sur la muqueuse de la cloison de l'arrière-bouche par un pédicule long de deux à trois centimètres. La masse était revêtue d'un tégument couvert de poils follets.

Le polype fut enlevé aux ciseaux, les suites opératoires furent nulles. L'examen microscopique montra que cette tumeur était formée d'un noyau de fibres musculaires striées parallèles à sa direction, et perdues dans un atmosphère de tissu graisseux. Vers la pointe, les faisceaux musculaires se terminaient brusquement ; du côté du pédicule, ils dégénéraient en tissu conjonctif dense. Le revêtement externe présentait tous les caractères de la peau, avec ses follicules pileux et ses glandes sébacées; on trouvait, en outre, sous le derme des glandes en grappe assez volumineuses, dont quelques-unes avaient un conduit excréteur en forme de tire-bouchon. Il n'y avait ni os, ni cartilage.

Selon l'auteur, ce fait doit être considéré comme un exemple de monstruosité parasitaire. comme le degré le plus inférieur d'une inclusion fœtale. qui constitue l'épignathie de Geoffroy Saint-Hilaire.

Observation X (Richard Otto).

Sur un polype pileux congénital du pharynx.

C'est l'observation d'un enfant âgé de 4 ans, chez lequel on vit, à l'inspection de la cavité buccale, une tumeur du volume d'une noisette environ, et siégeant au point d'union de la luette avec le pilier gauche du voile du palais. La tumeur fut facilement extirpée ; elle avait une forme ovoïde, et était surmontée d'une autre masse en forme de coupole à large base ; l'ensemble, d'une longueur de 2 centimètres sur 1 de large, ressemblait à un cœur. Le pédicule avait 2 centimètres de longueur. Le polype était recouvert d'un tégument blanchâtre, analogue à la peau, avec des poils assez longs, surtout au sommet.

Les coupes anatomo-pathologiques, faites par le Dr Voss, montrèrent la structure suivante : une couche épidermique mince, une couche de Malpighi bien développée, puis au-dessous un tissu conjonctif assez épais, présentant par places des amas de cellules. Les préparations contenaient en abondance des vaisseaux, des lymphatiques, des fibres musculaires (muscles érecteurs des poils), des glandes sudoripares et de nombreuses glandes sébacées, annexées aux follicules pileux.

Le centre de la tumeur est formé par un nodule cartilagineux, entouré de tissu graisseux et de nombreux vaisseaux; au niveau

du pédicule ce cartilage s'amincit et disparaît. L'annexe, en forme de coupole, présente la même structure, mais ne possède pas de cartilage.

Observation XI (W. DE ROALDES).

Fibro-enchondrome d'origine branchiale.
(*Observation analysée in* Revue de Hayem, 1897),

Un enfant de 6 semaines présentait depuis sa naissance des accès de suffocation : lorsqu'il se mettait à crier, on voyait, occupant le fond de sa gorge, une tumeur, du volume d'un pouce d'adulte, mobile, qui émergeait à peine derrière le voile du palais. Lorsque la crise se prolongeait, la tumeur pouvait descendre jusqu'au niveau du vestibule du larynx, et était projetée en avant vers la base de la langue, à la suite d'un accès de toux.

La tumeur fut enlevée à l'anse galvanique ; on constata alors qu'elle était insérée sur la partie moyenne du pilier postérieur gauche. Elle était formée d'une enveloppe tégumentaire, composée de tissu cutané ordinaire avec épiderme, chorion, poils et follicules typiques, glandes sébacées. Au centre se trouvait un axe cartilagineux.

Observation XII (Dr RIPAULT de Dijon).

In *Thèse de* DECLOUX.

Enfant X..., âgé de 4 jours, sans aucune tare héréditaire, et qui présente, lorsqu'il se met à crier, une tumeur qui sort de la bouche. Le Dr Ripault essaye en vain de déprimer la langue avec un abaisse-langue ; la tumeur reste complètement

invisible, malgré les cris de l'enfant. Au toucher il sentit une masse occupant la gouttière pharyngée du côté gauche, et réussit après quelques efforts à l'énucléer hors de sa loge. Elle remplissait en partie la cavité buccale. C'était une petite masse gris rosé, lisse et unie à la surface, de forme ovoïde et longue de 5 centimètres. Elle s'insérait par un pédicule allongé à la partie inféro-postérieure du pilier postérieur gauche.

L'enfant ne présenta aucun trouble fonctionnel pendant dix jours; à ce moment il fut pris d'accès d'oppression, nécessitant une ablation immédiate, qui fut faite à l'anse d'écraseur.

La tumeur était de consistance molle, en rapport avec l'abondance de tissu graisseux qu'on pouvait voir sur une coupe transversale. Elle était recouverte par un tégument blanc-grisâtre, d'aspect ridé, et présentant une série de lignes parallèles, formant de petites dépressions analogues aux figures que l'on trouve en examinant la face palmaire du pouce d'un adulte. Par places, la dépression présentait un infundibulum, d'où émergeait un poil follet visible à l'œil nu.

L'examen histologique montra que la tumeur était formée par un revêtement épidermique épais, de constitution visiblement normale, avec une couche une cornée superficielle, une couche granuleuse fortement pigmentée, et une couche malpighienne. Le derme, épais lui aussi, contenait de nombreux follicules pileux avec glandes sébacées et muscles horripilateurs, des glandes sudoripares et des vaisseaux.

Le centre du polype était formé de tissu conjonctif cellulo-graisseux, circonscrivant dans ses aréoles des faisceaux musculaires striés; l'axe était occupé par un vaisseau artériel volumineux. Pas de cartilage, ni d'os.

Observation XIII (*Personnelle*)

Céline P..., blanchisseuse, âgée de 20 ans, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Davaine, dans le service du Dr Sébileau, le 4 avril 1905.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — A toujours eu une bonne santé, mais est sujette à des rhumes fréquents. Depuis longtemps déjà, la malade ressentait dans le fond de la gorge une sensation de picotement, d'ailleurs passagère, et qui disparaissait spontanément. Il y a un mois environ cette sensation atteignit une acuité qu'elle n'avait jamais eue jusqu'alors, en même temps qu'apparaissait à la déglutition un réflexe nauséeux, accompagné d'une sorte de gêne au niveau du pharynx et d'un enrouement assez marqué. L'apparition de ces symptômes décida la malade à venir consulter.

A l'examen, on aperçoit, descendant derrière le voile du palais, une tumeur piriforme, à surface lisse, de couleur blanchâtre, et de la grosseur d'une noix. Elle semble pédiculisée dans la partie gauche du cavum, qu'elle remplit en grande partie. Par le toucher, on en fait facilement le tour; elle est libre dans le pharynx, très mobile, uniformément dure au palper et sans aucun point fluctuant.

L'index se perd, en remontant, sur une partie plus mince, qui est le pédicule, dont on ne peut arriver à déterminer le point d'insertion. La rhinoscopie postérieure n'a pas été pratiquée.

La malade n'éprouve aucune douleur, si ce n'est lorsque la tumeur lui vient dans la bouche. La respiration ni la déglutition ne paraissent gênées.

La tumeur fut enlevée par M. Sébileau, qui, après l'avoir saisie entre les mors d'une pince, la libéra aussi haut que possible d'un coup de ciseaux courbes. Les suites opératoires furent nulles, et la malade sortit quelques jours après.

L'examen histologique de la tumeur fut pratiqué par le Dr Pautrier. C'était une petite masse dure, de forme ovoïde, mesurant environ 4 centimètres de long sur 1 cm. 1/2 de large, recouverte par un tégument blanc-grisâtre, d'où émergeaient de nombreux poils follets. Les coupes montrèrent la structure suivante :

Le tégument externe présentait tous les caractères de la peau normale, c'est-à-dire était formé d'un épiderme avec couche cornée, couche granuleuse épaisse, et couche de Malpighi, et d'un derme à tissu conjonctif dense. On y retrouvait tous les annexes habituels, poils, glandes, sébacées et sudoripares, muscles horripilateurs et vaisseaux. Pas de terminaisons nerveuses.

Le centre de la tumeur était occupé par du tissu conjonctif de plus en plus serré, contenant des vésicules graisseuses, mais pas de fibres musculaires. Ce tissu enveloppait un noyau cartilagineux, que l'on retrouva sur toutes les coupes, et qui remontait jusque dans le pédicule.

Observation XIV (*Personnelle*).

Emilie D.,.. 33 mois, entre salle Davaine le 6 mars 1906.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents personnels. – Pas de maladies antérieures. Cette petite malade entre à l'hôpital pour une tumeur congénitale du voile du palais. Cette tumeur apparaît, après avoir déprimé la langue à l'aide d'un abaisse-langue, à gauche de la ligne mé-

diane, descendant au-dessous et en arrière du voile. Elle est cylindrique, d'apparence blanc-rosée, teintée de jaune par places, et sa surface est parcourue par de nombreux petits vaisseaux. En bas elle descend presque au niveau de la pointe des aryténoïdes.

En introduisant l'index dans la gorge, on sent que cette tumeur, cachée en partie par le voile palatin, est fixée à la face postéro-supérieure de la voûte pharyngée par un pédicule, dont l'insertion est difficilement abordable. Elle est mobile, de consistance molle, rénitente. Sa longueur est d'environ 3 cm. 1/2 à 4 centimètres sur 1 centimètre d'épaisseur.

Les symptômes occasionnés par la tumeur sont tout à fait frustes. L'enfant ne présente pas de dyspnée, malgré la présence au niveau du vestibule du larynx de cette volumineuse masse, qui masque presque toute l'arrière-bouche ; pas de ronflement non plus. Le passage des aliments ne paraît nullement gêné, et la petite malade n'a même pas les nausées que pourrait provoquer la présence d'un corps étranger de cette grosseur. Par instants seulement, elle effectue une espèce de mouvement de déglutition, probablement pour désobstruer son pharynx de la tumeur qui l'occupe.

Opération *le* 15 *mars.* — *Chloroforme.* — L'ouvre-bouche mis en place, la langue est prise dans une pince et déprimée par un abaisse-langue ; la joue est rejetée en dehors à l'aide d'un écarteur. On saisit le polype entre les mors d'une pince à traction, et on le sectionne au ras du pédicule avec les ciseaux. Hémorragie insignifiante, qui cesse d'elle-même au bout de peu d'instants.

Sur les coupes de la tumeur, faites par le Dr Pautrier, on remarque une zone superficielle et une zone centrale. La pre-

mière est formée par de la peau normale : l'épiderme est mince, sa couche cornée peu abondante ; le stratum granulosum et le stratum malpighien n'offrent rien de particulier. Le derme est composé de tissu conjonctif lâche, et vers sa partie profonde renferme de nombreuses vacuoles adipeuses. Les glandes sudoripares y sont peu abondantes, de même que les follicules pileux

Par contre, toute cette partie est sillonnée par de très nombreux capillaires sanguins.

A mesure que l'on se rapproche du centre, les vésicules de graisse deviennent de plus en plus volumineuses,,et sont visibles à l'œil nu. L'axe de la tumeur est formé là aussi par du tissu cartilagineux, qui disparaît au niveau du pédicule ; la zone centrale est très vasculaire.

L'enfant est sortie quelques jours après l'opération, complètement guérie. Elle n'a pas été revue.

CONCLUSIONS

I. — On rencontre dans le pharynx des productions rares, de petit volume, pédiculées, revêtues d'une enveloppe extérieure présentant tous les caractères de la peau normale, et constituées à leur partie centrale, par du tissu conjonctif, des fibres musculaires striées, des vaisseaux, et parfois du cartilage ou de l'os.

II. — Ces tumeurs se caractérisent par une série de symptômes liés à l'oblitération plus ou moins totale des voies digestives et aériennes, par une évolution lente et un pronostic favorable.

III. — Leur ablation met le sujet qui en est porteur à l'abri des accidents de suffocation et de dysphagie, et n'est jamais suivie de récidive.

IV. — Ce sont de véritables tératomes.

V. — Leur point d'implantation présente des rapports étroits avec le trajet intra-pharyngien des fentes branchiales embryonnaires ; elles paraissent provenir d'un développement anormal du mésoderme branchial vers l'intérieur de la cavité buccale.

Vu : le Président de la thèse,
TERRIER

Vu : le Doyen :
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Araham. — *J. Phys. et Anat.* 1881, p. 244, vol. XV.
Arnold. — *Arch. für Path. Anat.*, 1888, t. CXI, v. 176.
— *Arch. für Path. Anat.* v. 50, p., 482.
Barton. — *British Med. Journal*, 1883, v. II, p. 982.
Berdal. — Histologie.
Broca.— Traité de chirurgie.
Clérault. — *Bulletin Soc. Anat.*, 1874.
Davis. — *The Clinic.* 1874.
Decloux. — *Thèse*, Paris , 1900.
Ford. — *Méd. commune*, vol. I, n° 31.
Goschler. — *Allg. Wiener Med. Zeitung.* 1865, X. 344.
Hale White. — *British Med. Journal* 1881, p. 597
His. — *Anat. menschl. Embryonen. Arch. für Anat. und Phys.*, 1891.
Illera. — *The Lancet*, 1887, I, p. 742.
Lambl. — *Arch. für Path. Anat.*, 1870, vol. LXXXVIII, p. 516.
Lannelongue et Achard. — Traité des kystes congénitaux,1886.
Lannelongue et Ménard. — Affections congénitales de la tête et du cou, 1891.
Mauché. — *Arch. de Virchow*, 1888.
Montbouyran. — Thèse, Paris, 1895. Tumeurs rares du naso-pharynx.
Morestin. — Traité de chirurgie.
Meckel. — *Journal des connaissances médicales.* 1819.
Otto Reinhardt. — *Arch. für gynœcologie*, 1879, bd XIII, S.167.

Porack. — *Archives de Tocologie*, 1887.
Prenant. — Traité d'anatomie de Poirier.
Pussac-Larcebau. — *Thèse*, Bordeaux 1895.
— *Revue de Hayem*, 1897, t. L, p. 289.
Richard Otto. — *Arch. f. Path. Anat.* Berlin, 1889, CXV.
W. de Roaldes. — *New-York Med. Journal*, p. 179, 1897.
Renaut. — Traité pratique d'Histologie.
Schuchardt. — *Centralblatt f. Chir.*, 1884, n° 41.
Testut. — Anatomie.
Tourneux. — Embryologie.

Imprimerie des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris